Nr 24. Kraków, 16. czerwca 1917. Rok LVI.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2 Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i Księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. $4^1/_3$ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 16. czerwca 1917. Nr 24.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu lwowskiego.

Uwagi nad t. zw. zapaleniem wrzodziejącem kiszki grubej

(Colitis ulcerosa, Colitis gravis, Colitis chronica purulenta) i stosunkiem tego cierpienia do czerwonki (dysenteria)

podał

Antoni Gluziński.

Między przewlekłemi zapalnemi cierpieniami kiszki grubej starano się wyróżnić odrębną etyologicznie postać, którą nazwano Colitis ulcerosa, Colitis gravis (Rosenheim), Colitis chronica purulenta (A. Schmidt).

Zwrócili na nią uwagę przeważnie chirurdzy (Durante, Mayo, Robson), którzy w leczeniu tego cierpienia uciekali się do zabiegu chirurgicznego, wytwarzając odbyt sztuczny w rozmaitej wysokości kiszki grubej, zależnie od rozległości zmiany, przepłukując chore części od góry i od dołu, a zamykając w nielicznych pomyślnie przebiegających przypadkach sztuczny otwór po wygojeniu sprawy w jelicie.

Nehrkorn[1]) (1903) zebrał operowanych w ten sposób 30 przypadków. Przeglądając jednak przytoczone przez niego historye choroby widzi się, że pomieszczono tu rozmaite znane nam stany chorobowe, jak przypadki czerwonki przewlekłej (colitis membranacea) i t. d. Nie dość na tem, bo, czytając historye choroby przypadków, wyodrębnionych przez zawodowych specyalistów (n. p. Boas[2]), Rosenheim[3]), Schmidt[4]) i t. d.), mających udowadniać odrębną, nieznaną etyologicznie postać chorobową jelita grubego, widzi się, że obraz kliniczny tych przypadków odpowiadałby ciężkiej, przewlekłej z zaostrzeniami od czasu do czasu przebiegającej czerwonce z tą tylko cechą, że mimo poszukiwań w przypadkach tych nie znaleziono w stolcach ani właściwych ameb, ani prątków czerwonki, a tylko obfitą nieraz zwykłą florę jelitową.

To też podnosząc cechę swoich przypadków, odróżniającą je od czerwonki, mówi Rosenheim: »Wir haben in den vorher geschilderten vier Fällen mit schweren Colitiden zu tun, die sich von Dysenterie durch das Ergebniss der bakteriologischen Untersuchung abgrenzen lassen...«. To samo mówi A. Schmidt w dziele swojem: Klinik der Darmkrankheiten str. 341 w zdaniu: »Was den bakteriologischen Befund betrifft, so fehlen die specifischen Erreger der Dysenterie (Amoeben und Dysenterie-bacillen) in allen typischen Fällen. Wo sie vorhanden sind, handelt es sich eben nicht mehr um Colitis gravis sive ulcerosa sondern um Dysenterie«.

A więc tylko ujemny wynik badania bakteryologicznego uprawniałby do rozpoznania wrzodziejącego zapalenia okrężnicy (colitis ulcerosa, gravis, purulenta) jako odrębnej choroby, bo obraz kliniczny cierpienia odpowiada zupełnie czerwonce tak co do objawów ze strony jelita grubego, jak i ze strony jamy brzusznej i stanu ogólnego, jak nieraz i następstw i powikłań tych samych, co przy czerwonce (zajęcie stawów, zakrzepy w żyłach kończyn dolnych, zwłaszcza lewej, zapalenie osierdzia, wsierdzia, zwężenia jelit i t. d.), które znajdujemy także nieraz opisane w ogłoszonych dotąd przypadkach.

Uwagi moje nad tą sprawą i zapatrywanie podam na końcu, przytoczywszy historyę choroby przypadku, który dał powód do tego ogłoszenia i rozpatrzenia sprawy.

W dniu 10 października 1913 r. przyjęto do kliniki chorą Maryę M., l. 23 liczącą, zamężną, matkę jednego dziecka.

Wywiady; Dziedziczności w żadnym kierunku wykazać nie można. Między 7 a 8 rokiem życia odra. Mając lat 11, zapadła M. na »blednicę« przestała chodzić do szkoły, po 2 latach, z chwilą wystąpienia miesiączkowania, stan ten minął. Od tego czasu miesiączka z małemi wahaniami odbywała się prawidłowo.

W 18 roku życia zaczęły się zjawiać mniej więcej co tydzień boleści w całym brzuchu, ściśle nie umiejscowione, o charakterze kurczowym, trwające kilka godzin, zmuszające chorą do położenia się na ten czas do łóżka. Boleści te zjawiały się nagle i nagle ustępowały. W 20 roku życia wyszła za mąż, po 3 miesiącach zaszła w ciążę, w czasie której od czasu do czasu występowały napady wspomnianych bólów w brzuchu, pojawiły się wymioty (vomitus gravidarum), stolce często zaparte. Poród i połóg prawidłowy. Dziecko zdrowe, chowa się dobrze.

Obecna choroba rozpoczęła się w maju 1912 r., a więc przed $1^1/_2$ roku, biegunką z domieszką śluzu, a następnie krwi, parciem na stolec; lekarz zawezwany rozpoznał czerwonkę.

Choroba mimo leczenia i przestrzegania dyety trwa do obecnej chwili jużto łagodniejąc, jużto występując w ostrzejszej postaci. Tych zaostrzeń, które przebiegają z gorączkami, a trwających po kilkanaście tygodni było dotychczas trzy. Ostatnie takie zaostrzenie, z którem właśnie zgłasza się chora do kliniki, trwa od 7 tygodni. Biegunka występuje 5—6 razy dziennie ze śluzem i krwią, stolce silnie cuchnące, a byłyby daleko częstsze wobec parcia, gdyby chora nie wstrzymywała się z oddawaniem stolca. Przez czas choroby utraciła chora na wadze 9 klg., czuje się bardzo osłabioną, przeważnie leży. Usposobienie ma swobodne, spokojne i nie skarży się na żadne przypadłości o charakterze nerwowym.

Obecnie jest w 3 miesiącu ciąży.

Stan obecny: Chora o odżywieniu podupadłem, skórze i widocznych błonach śluzowych bladych. Narząd oddechowy i krążenia bez zmian, tylko tętno przyspieszone 120 na minutę, małe, miękkie. Brzuch lekko wzdęty, przy obmacywaniu bolesny wzdłuż okrężnicy poprzecznej i zstępującej, najtkliwszy w okolicy pętli esowatej. Głębsze obmacanie wykazuje, że tkliwe części są lepiej macalne, niż zwykle, jakby zgrubiałe. Odgłos opukowy wszędzie jawny, bębenkowy. Wątroba i śledziona pra-

[1]) Mittheilungen aus der Grenzgeb. etc. 1903, tom 12, str. 372.
[2]) Deut. m. Woch. 1903, Nr 11.
[3]) Deut. m. Woch. 1908, Nr 7 i 8.
[4]) Klinik der Darmkrankheiten.

widłowa, nerka prawa daje się lekko wymacać, niebolesna. Gruczoły limfatyczne nigdzie nie powiększone. Odruchy kolanowe prawidłowe. Obrzęków na kończynach dolnych niema. Badanie ginekologiczne wykazuje ciążę 3-miesięczną. Palec wprowadzony do kiszki stolcowej wykazuje tylko obrzmienie błony śluzowej; palec powalany śluzem i krwią. Wprowadzenie rektoskopu bolesne, z trudnością wykonane, wykazuje błonę śluzową obrzękłą, rozpulchnioną, żywoczerwoną, całe pole widzenia zalewa się krwią; w głębokości 6 i 8 cm owrzodzenia wielkości fasoli, których dno pokryte szarymi złogami; z dna tych owrzodzeń wzięto treść do badań bakteryologicznych. Mocz o c. gat. 1·019, kwaśny, bez białka, chlorki prawidłowe, aceton obecny. Stolce przy próbnej dyecie mięsnej 5—6 razy dnia, półpłynne, w ilości jednorazowej 150—200 cm^3, lepkie, ciągnące się, zawierające sporo śluzu i smug białożółtych (ropnych), zmieszane z krwią, silnie cuchnące. Pod mikroskopem wykazano: a) obok mas bezpostaciowych bardzo małą ilość włókien mięsnych o słabo zachowanem prążkowaniu, dużo pustych komórek kartofli, dosyć obfitą ilość tłuszczu pod postacią grudek (mydła), częściowo zaś igieł lub kropli (obojętne); b) dużą ilość ciałek czerwonych krwi dobrze zachowanych, dużą ilość ciałek wysiękowych; c) tu i ówdzie kryształki fosforanu amonowomagnowego; d) w preparacie zabarwionym jodem spostrzega się miejscami znaczną ilość clostridium butyricum. Ziarenek skrobi niema; e) badanie co do prątków gruźliczych, ameb i prątków dysenterycznych z wynikiem ujemnym. W treści wziętej z dna owrzodzeń również nie wykazano żadnych tworów swoistych, a wyrosły tylko czyste kolonie prątków okrężnicy.

Badanie krwi tak się przedstawiało: ciałek czerwonych 2,800.000; ciałek białych 9.300, z których 71·5% neutrof., 3·5% eozynof., 19·5% limfocytów małych, 5% limfoc. dużych, 0·5% tucznych. Ciepłota w dniu przyjęcia wahała się między 36·8° a 37·5° C.

Nie ulegało wątpliwości, na zasadzie objawów podmiotowych i przedmiotowych, że chodzi tu o długotrwałe cierpienie jelita grubego, a właściwie jego błony śluzowej, której zmiany, polegające na silnem przekrwieniu, zgrubieniu błony śluzowej i owrzodzeniach, widzieliśmy naocznie przy badaniu rektoskopem. Zmiana ta rozpoczynała się od samej odbytnicy, wybitną być musiała na wysokości pętli esowatej, sądząc z największej w tem miejscu bolesności przy obmacywaniu, a sięgać musiała dość wysoko (okrężnica zstępująca i poprzeczna) wobec tkliwości i zgrubienia jelita na tej rozciągłości. Anatomicznie mieliśmy bezsprzecznie przewlekłe zapalenie błony śluzowej jelita grubego, połączone z owrzodzeniem (colitis ulcerosa). Chodziło o tło, na którem rozwinęła się ta sprawa, trwająca już 1$^1/_2$ roku, a podkopująca tak silnie ustrój chorej. Owrzodzenia i zajęcie błony śluzowej na tle gruźliczem (obraz zmiany, przebieg, ujemne badanie bakteryologiczne), wiewiórowem, kiłowem, można było stanowczo wyłączyć. Obraz cały schorzenia odpowiadał przewlekłej czerwonce, trwającej już 1$^1/_2$ roku, z zaostrzeniem, z którem zgłosiła się chora do kliniki. Ujemny jednak wynik badania bakteryologicznego nietylko tuż po przyjęciu do kliniki, ale kilkakrotnie podjęty wśród dalszej obserwacyi nietylko w pracowni mojej kliniki, ale dla kontroli także i w Zakładzie higieny prof. Kučery, kazał umieścić przypadek ten w rzędzie tych, które nazwano »Colitis gravis, ulcerosa«, jak to wyżej wspomniałem, o nieznanej jeszcze etyologicznej podstawie.

Jeżeli już z tego powodu przypadek ten zasługuje na baczniejszą uwagę — to dalszy przebieg, który poniżej w krótkości skreślę, usprawiedliwia jego rozpatrzenie.

W pierwszych tygodniach pobytu chorej w klinice stan się stale pogarszał mimo leczenia, polegającego na oczyszczaniu jelit kalomelem, olejem rącznikowym, przepłukiwaniu jelit letnim rozczynem fizyologicznym NaCl, następnie azotanem srebrowym 1:3000, 0·5% rozczynem tanniny i t. d. Parcia i rozwolnienia o charakterze wyżej wymienionym w ilości 5—11 dziennie trwały stale, siły podupadały, tętno stawało się coraz szybsze (120—130 na minutę) i coraz słabsze, a ciepłota stawała się coraz wyższą, dochodząc wieczorem do 38·6° C.

Wychodząc z założenia, że wśród takich warunków rozwijająca się ciąża stan pogarsza i jest dla chorej groźną, za zgodą chorej, jej męża i konsyliaryusza prof. Marsa przenieśliśmy chorą do kliniki położniczej w dniu 10. listopada 1913, gdzie wśród tych niepomyślnych warunków, przy ciepłocie, która w ostatnich dniach przybrała charakter gorączki ropnej przerywanej (rano 36·8° C., wieczór 39° C.) dokonano poronienia przez wyskrobanie macicy.

Po 8 dniach pobytu w klinice położniczej chora powróciła do kliniki mojej w stanie strasznego osłabienia.

Ciepłota z torem przerywanym dochodziła do 40° C. wieczorem, tętno wahało się między 130 a 160 na minutę, chora ruszyć się nie mogła, bo popadała w omdlenie i dostawała wymiotów. Łaknienie zniesione zupełnie, a przypadłości jelitowe trwają dalej.

O stanie chorej i stopniu niedokrwistości świadczy też i rozbiór krwi, który dokonany w dniu 21. XI. wykazywał c. czerwonych 1,740.000, Hb 24, wskaźnik c. cz. 0·8, c. białych 8·100, a z tych neutrof. 84%, eozynof. 0·5%, limfoc. małych 14·5%, limfoc. dużych 1%. Na dnie oka lewego powyżej plamki żółtej zmiany barwikowe po wybroczynach, prócz tego wiele świeżych wybroczyn.

Wstrzykiwaniami oliwy kamforowej podtrzymywaliśmy czynność serca, a dla stwierdzenia, czy wobec przebiegu ciepłoty niema ogólnego zakażenia, przeprowadziliśmy bakteryologiczne badanie krwi, by w razie dodatniego wyniku wytworzyć szczepionkę metodą Wrigtha i tę u chorej zastosować. W dniu 19. listopada 1913 wzięto krew z żyły ramiennej i zaszczepiono na płytkach agarowych i bulionie. Gdy wszystkie szczepienia pozostały jałowe, a więc myśl zastosowania w leczeniu szczepionek tą drogą otrzymanych odpadła, rozpoczęliśmy, wychodząc z założenia, że mamy nietylko cierpienie miejscowe kiszki grubej, ale i ogólne zakażenie, wstrzykiwania podskórne erytrargolu w sposób następujący: w d. 25. XI. 6 cm^3, 26. XI. 10 cm^3, 27. XI. 15 cm^3, 29. XI, 15 cm^3, 30. XI. 20 cm^3 [5]). Nie wchodząc czy »propter« czy »post hoc« stan chorej o tyle się poprawił, że ciepłota stopniowo zaczęła się obniżać, tak, że po 30. XI., w którym to dniu doszła wieczór do 39·1° C., zaczęła szybko opadać, wahając się między 36·9° C. rano, a 38·1° C. wieczorem, tętno jednak szybkie (130—140) utrzymywało się dalej, podmiotowy stan lepszy, łaknienie się budzi; stolców 5—6 dziennie papkowatych, jasnożółtych, z domieszką śluzu i krwi. Rektoskop wykazywał jednak prawie te same zmiany na błonie śluzowej odbytnicy. Przy obmacywaniu szczególnie zgrubiała i bolesna okolica pętli esowatej. Z dna owrzodzenia po oczyszczeniu zebrano jeszcze raz treść do bakteryologicznego badania. Wynik badania w kierunku czerwonki był zupełnie ujemny, wyrosła znów czysta hodowla prątka okrężnicy. Z hodowli tej, jakkolwiek krew była zupełnie jałowa, w przypuszczeniu, że cała sprawa polega może na zakażeniu prątkiem okrężnicy, poprosiłem, by w zakładzie higieny naszego Uniwersytetu przygotowano odpowiednią szczepionkę, chcąc ją zastosować w razie trwania lub pogarszania się tego stanu. Po chwilowej poprawie pogorszenie nie długo na siebie dało czekać. Z jednej strony u chorej, nadzwyczaj wyniszczonej, potworzyły się w ustach owrzodzenia i pleśniawki, które trzeba było zwalczać, bo przeszkadzały odżywianiu, z drugiej strony wystąpił w dniu 2. XII. 1913 r. silny ból w nodze lewej, a przyczyną jego było zakrzepowe zapalenie w żyle udowej lewej z następowem obrzmieniem całej kończyny, a równocześnie ból w brzuchu po stronie lewej nad więzadłem Pouparta w związku z wytworzeniem się wysięku naokoło pętli esowatej, sięgającej ku dołowi (perisigmoiditis) tak, że przy badaniu przez pochwę można było wyczuć wysięk dokładnie w miednicy małej. Ciepłota wieczorem podniosła się znowu do 39° C., a tętno wahało się między 130 a 140. Jakkolwiek przy zwykłem leczeniu (ułożenie kończyny, okład z płynu Burowa) po kilku dniach złagodniały objawy nawet i w kierunku stolców, których było 3—5 dziennie, lepiej uformowanych, z mniejszą ilością śluzu, a niekiedy zupełnie bez krwi (nawet próba benzydynowa ujemna), — nie czekając zaostrzeń, rozpoczęliśmy wstrzykiwania przygotowanej tymczasem przez prof. Kucerę szczepionki. Dokonaliśmy ich w dawce coraz silniejszej w dniach 11, 16, 21, 28 grudnia przy małym odczynie miejscowym (lekkie zaczerwienienie, obrzęk,

[5]) Wynik badania krwi pod wpływem erytrargolu był następujący: w d. 29. XI. przed wstrzyk. ciałek białych 11.300, w 2 godz. po wstrz. c. białych 15.800; w d. 30. XI. przed wstrz. c. białych 16.200, w 2 godz. po wstrz. c. białych 13.200.

mała bolesność). Objawy ze strony jelit poprawiały się coraz bardziej od 15 grudnia 1913 r., stolców 1—2 dziennie, papkowatych, jasnożółtych, z małą przymieszką śluzu, rzadko kiedy krew zawierających; kończyna powoli klęsła, ciepłota coraz niższa, tak, że mniej więcej od 10. I. 1914 r. najwyższa ciepłota wieczorem wynosiła 37·4° C., łaknienie rosło, toteż mogliśmy chorą coraz lepiej odżywiać. Pozostało jednak szybkie tętno (około 120) jednak lepiej napięte i dość znaczny wysięk koło pętli esowatej. By przyspieszyć wessanie tego wysięku, który prawdopodobnie był przyczyną wystąpienia zmiany w żyle udowej, zaczęliśmy stosować na brzuch kąpiele suchego powietrza, ogrzanego elektrycznie do 60° C., codziennie przez 2 godziny, a gdy poprawa szła coraz dalej, ciepłota już przez tygodnie wahała się między 36·6° C. rano a 37·1° C. wieczorem, wysięk ustąpił, a stolec prawie prawidłowy bywał raz dnia, przeszliśmy do coraz lepszego odżywiania, wstrzykiwania podskórnego nukleoarsitolu, łagodnego miesienia i ruchów biernych kończyną lewą. W dniu 21. lutego 1914 r., a więc po 5 miesiącach opuściła chora klinikę w stanie zupełnie zadowalniającym, przy prawidłowych bezbolesnych wypróżnieniach, a o poprawie świadczy i stan krwi, który w dniu 9. II. 1914 tak się przedstawiał: c. czerwonych 3,310.000, Hb 50%, wskaźnik 0·9; c. białych 4.800, z tych wielojądrzastych neutrof. 56·6%, eozynof. 3·2%, limfocytów małych 21·4%, dużych 0·8%, jednojądrzastych 18·6%.

Dzisiaj w $2^1/_2$ roku po opuszczeniu kliniki chora czuje się dobrze, zajmuje się gospodarstwem, stolce miewa regularne ze skłonnością do zaparcia.

Oto przebieg przypadku, który nosił wszelkie cechy kliniczne ciężkiej przewlekłej czerwonki, a który wobec tylokrotnego, z całą ścisłością przeprowadzonego badania bakteryologicznego z wynikiem ujemnym trzeba było w myśl wywodów Boasa, Rosenheima, Schmidta i t. d. nazwać »colitis gravis ulcerosa«, trzeba było zaliczyć go do tej, na tak kruchych podstawach, bo tylko na ujemnym wyniku badania bakteryologicznego opartej jednostki chorobowej.

(Dokończenie nastąpi).

Ze szpitala rezerwowego Galicyjskiego Czerwonego Krzyża we Lwowie (Pawilon II).

Siedemset ran postrzałowych.

Opisał

M. W. Herman.

Szpital rezerwowy Galicyjskiego Czerwonego Krzyża we Lwowie, otwarty 27. sierpnia 1914 r., był czynny bez przerwy, jakkolwiek zmienił się jego stosunek geograficzny do frontu bojowego. Stąd zespół rannych i chorych, tu się gromadzących, ma pewną szczególną cechę. Wyrażając się zawodowo i zwięźle, nazwałbym go »niewdzięcznym«. Nie byliśmy bowiem nigdy dość blisko frontu, aby otrzymywać rannych wprost ze stacyi opatrunkowych lub z dywizyjnych zakładów sanitarnych. I nigdy nie byliśmy o tyle odsunięci w głąb kraju, abyśmy mogli przetrzymywać aż do wyleczenia nietylko tych rannych, których wogóle transportować nie można było. Większość naszego materyału stanowili ranni, przesłani już conajmniej przez szpital polowy.

Stąd z większej liczby rannych, którzy się przesunęli przez oddział mej pieczy powierzony, wziąć mogłem pod rozwagę tylko 700. Tylu bowiem tylko w pewnym okresie czasu leczyć mogłem od początku aż do zupełnego wyzdrowienia lub innego zejścia. Zdając sprawę z tych obserwacyi do literatury odwoływać się będę jak najrzadziej, gdyż chcę właściwie dostarczyć materyału przedmiotowego do syntezy literacko-klinicznej.

W 46·5% rany były zakażone.

Najczęściej zakażenie występowało w postaci znanych z czasów przedwojennych ropowic, rzadko w jednej z odmian zakażenia odmowego (infections gazeuses), jako ropowica odmowa, zgorzel piorunująca lub obrzęk złośliwy, wyjątkowo w postaci róży lub tężca.

Badań bakteryologicznych nie przedsiębrałem. W klasyfikowaniu zakażenia kierowałem się głównie objawami klinicznymi.

Zakażenie ropne odznaczało się na ogół wielką uporczywością, jakkolwiek nie miało skłonności do uogólniania się. Jadowitość bakteryi musiała być niezwykle wysoka.

W tym czasie n. p. leczyłem dwóch chorych z zastrzałami (panaritium) okostnymi II członka kciuka. W obu zastrzał nacięto bardzo wcześnie, a potem troskliwie zmieniano opatrunki. Mimo to jeden z tych chorych umarł po kilku tygodniach wśród objawów ropnicy, z przeważnem zajęciem dużych stawów; drugi zaś życie okupił kalectwem, gdyż sprawa ropna zajęła pochewki zginaczy palców, wywołując obumarcie ścięgien.

Wysoka gorączka nie należała bynajmniej do stałych objawów tych zakażeń, owszem wielu rannych przez cały czas choroby chwilowo tylko miewało ciepłotę wyższą nad 38° C. Ten szczegół nie miał jednak wpływu na ostateczne zejście.

Stalszym objawem było szybko podupadające odżywienie. Tak bardzo wychudzonych chorych, jak tych właśnie, nie zdarzyło mi się nigdy przedtem widzieć. Wychudzeniu towarzyszyła bladość i suchość skóry.

Dalszym objawem, często się powtarzającym była uporczywa biegunka, której ani dyetą, ani znanymi środkami lekarskimi opanować nie było można. Najczęściej bez wyniku pozostała także biała glinka, podawana łyżkami. Stałym zaś towarzyszem tej septycznej biegunki był (hydremiczny) obrzęk stóp i krzyżów, gdzie już wcześniej tworzyły się rozległe i głębokie odleżyny.

Poza zmianami w ranie i jej otoczeniu wyjątkowo udawało się stwierdzić jakieś inne ogniska ropne (przerzutowe). Jedynie w dwóch przypadkach wysokiego strzaskania postrzałowego kości udowej, pojawił się w późnym okresie choroby wysięk opłucny po stronie odpowiadającej uszkodzonej kończynie. Nakłuciem próbnem wydobyłem płyn ropiasty, równie cuchnący, jak i ropa z rany. Ponieważ nagromadzaniu się wysięku opłucnego nie towarzyszyły zwykłe objawy zapalenia opłucnej, domyślam się, że w obu przypadkach zakażenie z rany przedostało się zewnątrzotrzewnie — naczyniami chłonnemi — wprost na opłucną ścienną.

Zakażenie ropne w przeważnej liczbie przypadków miało przebieg wybitnie przewlekły. Mijały miesiące, zanim chory powrócił do zdrowia lub umarł. Od czasu do czasu zaś, zdarzały się przypadki zakażenia ropnego wznawiającego się, niekiedy po bardzo długim czasie. W ostatniem spostrzeżeniu okres bezobjawowy wynosił 29 miesięcy. Zdaje się, że zakażenie wznawiające się, jest wogóle przywilejem ran, odniesionych na wojnie. Jakżeż często bowiem czytamy o »otwieraniu się« tych ran. Trochę szczegółowiej pisałem o tej sprawie już dawniej[6]).

Zakażenie odmowe widywałem we wszystkich jego głównych odmianach. Ropowicę odmową spotykaliśmy oczywiście tylko w zranieniach świeżych, dowiezionych do szpitala najpóźniej w kilkanaście godzin po wypadku. Jest to prawdopodobnie tylko początkowa postać zakażenia odmowego, która w dalszym rozwoju przechodzi w następny okres tego zakażenia t. j. zgorzel piorunującą, chyba, że przedtem zakażenie zostanie opanowane lub chory skutkiem toksemii umrze.

Stąd pochodzi, że przez rozległe nacięcia i dokładne osączkowanie szczelin międzymięśniowych, często udawało się nam opanować ropowicę, a nawet wyłuszczenie kończyny w barku lub biodrze często nie potrafiło już uratować życia chorego z rozwiniętą zgorzelą piorunującą.

Obrzęku złośliwego, sprawy uważanej przez niektórych (n. p. E. Fränkla) za etyologicznie różną od zakażenia odmowego, widziałem jeden tylko przypadek w typowej postaci. W niezbyt obrzękłej tkance podskórnej na goleni nie znalazłem ani kropli wysięku. Mięśnie, bladożółtawe, były bardzo kruche.

Jak wielu chirurgów, tak i ja zakażenie odmowe spostrzegałem jedynie po postrzałach kończyn, zwłaszcza ud, skąd niekiedy rozszerzało się ono i na tułów. Z ran szyi, głowy i dłoni (palców) zakażenie w tej postaci nigdy nie wyszło.

Róży widziałem kilka przypadków. Sądzę, że stosunkowo

---

[6]) Cf. Przegląd lekarski 1916.

mało. Jeden chory, wyniszczony kilkumiesięcznem ropieniem uda, zapadłszy na różę, umarł. Inni zdrowieli bez powikłań. Najczęściej nacieraliśmy skórę zmienioną kamfofenolem Chlumskyego. Wedle wszelkiego prawdopodobieństwa leczenie to skracało trwanie choroby.

Tężca widziałem 9 przypadków: 6 po ranach postrzałowych kończyn dolnych, 1 po postrzale barku, 1 po postrzale części płciowych, a 1 po odmrożeniu III stopnia obu stóp. Zauważyłem, że mimo stosunkowo długi okres wylęgania, przebieg tężca był najczęściej bardzo ostry. Siedmiu chorych zmarło w pierwszej lub drugiej dobie choroby. W jednym przewlekłym przypadku zejście śmiertelne nastąpiło dopiero po dwóch tygodniach. Tylko jeden chory z tężcem ostrym wyzdrowiał. W przypadku tym tężec wystąpił po strzaskaniu postrzałowem kości stępu. Skoro tylko zauważyłem szczękościsk, namówiłem chorego na nizkie odjęcie goleni, wskazane cuchnącem zropieniem stawów stępu, poczem zaleciłem wstrzykiwania dużych dawek surowicy przeciwtężcowej — po 100—200 AE na dawkę. Razem spotrzebowaliśmy 1640 AE = 82 dawkom zapobiegawczym, licząc każdą po 20 AE. Chory wyzdrowiał w niespełna dwa tygodnie. Z dokładnej obserwacyi tego chorego takie odniosłem wrażenie, że w przyszłości w każdym przypadku tężca stosowałbym surowicę antytoksyczną, ale zawsze w bardzo dużych dawkach. Wobec grozy cierpienia i bezsilności innych sposobów leczenia tężca sądzę, że bezwzględny sceptycyzm w stosunku do surowicy przeciwtężcowej jest nieuzasadniony.

Pozostałe przypadki tężca leczyliśmy małemi dawkami surowicy, 3% rozczynem karbolu w oliwie, 25% rozczynem siarkanu magnowego, nigdy jednak nie zauważyliśmy choćby kojącego wpływu na objawy tego zakażenia.

Skąd tak duża, wprost nieoczekiwana odsetka ran postrzałowych zakażonych?

Na podstawie dokładniejszej obserwacyi na wstępie wspomnianej liczby rannych doszedłem już dawno do wniosku, zgodnego z wnioskami innych chirurgów, że dwie są tego przyczyny:

1) niestosunkowo wielka ilość zranień pociskami armatnimi, t. j. kulami wypełniającymi szrapnele i okruchami z granatów, bomb, min i t. p.,

2) dalekie transporty rannych, zwłaszcza ze złamaniami postrzałowemi kończyn dolnych.

Rany, zadane pociskami armatnimi, są często pierwotnie zakażone, rany karabinowe zaś, pierwotnie jałowe, ulegają w odpowiednich warunkach zakażeniu wtórnemu. Pochodzi to nie tyle stąd, iż zranienie pierwsze, wskutek większego kalibru pocisku, ich łatwiejszemu zniekształceniu się lub zgoła nieregularnemu kształtowi, więcej mają na ścianach tkanki zgniecionej, biernie ulegającej wpływom bakteryi, — w przeciwieństwie do ran karabinowych, mających wszelkie cechy ran kłutych —, ile stąd — iż w ranach pierwszych prawie zawsze znajdujemy strzępy sukna, wyrwane przez pocisk z munduru i w ranie, jako pocisk wtórorzędny, zostawione. Strzępy te, przeładowane prochem ziemi i pasorzytującemi w niej bakteryami, jakby w eksperymencie wszczepione zostają w ranę (infectio per implantationem). Natomiast stalowy, wydłużony pocisk karabinowy przesuwa się poprzez utkanie munduru, nie porywając za sobą strzępów.

Chyba, że pocisk stożkowaty w drodze do celu odwróci się i trafi w cel podstawą — nie szczytem. Parę przypadków ślepych postrzałów dłoni, w których znalazłem pocisk karabinowy odwrócony, tkwiący między kośćmi śródręcza, pouczyło mnie, że ten obrót dokonuje się, zanim pocisk wejdzie w tkanki, a nie, jak niektórzy mniemali, już po wejściu w tkanki.

Zaznaczony zaś już raz szczegół, że postrzały nieosłoniętych okolic ciała wyjątkowo tylko ulegają złośliwemu zakażeniu beztlenowcami, dowodzi, jak ważną rolę w zakażaniu ran postrzałowych odgrywają pociski wtórorzędne.

Sam pocisk karabinowy, tem bardziej zaś kule ze szrapnelu, uważać możemy za jałowe. Jeżeli na powierzchni ich zdarzą się jakie bakterye chorobotwórcze, to tylko przypadkowo, i to — z powodu braku nawet koniecznej wilgoci — mało jadowite.

Znaną jest łatwość, z jaką pociski karabinowe wgajają się w tkanki. Pouczające były dla mnie dwa przypadki ślepych postrzałów kolana. Pocisk karabinowy pozostawał w stawie 6 względnie 8 dni, wywołując jedynie nieżytowe podrażnienie stawu. Podrażnienie to ustąpiło bez śladu po wyjęciu pocisków.

W przeciwieństwie do karabinowych, kule ze szrapnela wywołują w tkankach prawie zawsze ropienie, wskutek tego, że prawie zawsze unoszą na sobie rozmaite pociski wtórorzędne, zwłaszcza wspomniane już, strzępy munduru.

Rozważając wpływ transportu na zakażenie ran postrzałowych, podkreślić przedewszystkiem należy pewien szczegół ujemny. Doświadczenie poucza, że bardzo wiele niepowikłanych zranień karabinowych, bez względu na warunki transportu, a niemało zranień karabinowych, a nawet szrapnelowych, powikłanych strzaskaniem kości, w razie korzystnych warunków transportowych pozostaje jałowych, o ile naturalnie ubezpieczone zostaną odpowiednimi opatrunkami ustalającymi i osłaniającymi od zakażenia wtórnego.

Wszyscy dziś wiemy, co rozumieć należy przez »korzystny« i »niekorzystny« transport.

Od września do listopada 1914 r. miałem oddział założony ciężko rannymi, których w drodze na wschód wysadzano we Lwowie, w przekonaniu, że dalsza podróż połączonąby była z wielką szkodą dla nich. Zanim jednak ci ranni dotarli do Lwowa, pozostawali nierzadko 8 dni w drodze. I mimo dobre na ogół opatrunki, ranni znajdowali się w stanie rozpaczliwym. Przechodząc przez sale, łatwo wyobrazić sobie mogłem, jak wyglądały lazarety wojenne w czasach n. p. wojen Napoleońskich.

W tym okresie przyjęliśmy 147 ciężko rannych. U 24, t. j. w 16·3% ogólnej liczby rannych, a w 22% ranionych w kończyny, musieliśmy przystąpić do wycięcia stawu lub do odjęcia lub wyłuszczenia kończyny. Mimo to zmarło 34 rannych, t. j. 23·1%.

W tym samym mniej więcej czasie nie lepiej działo się w niektórych lazaretach nawet frontu zachodniego. »Manche Lazarette erinnerten mit ihren schweren, jauchevollen Wunden an die fast vergessene Zeit des Hospitalbrandes« [2]).

Temu okresowi przeciwstawić mogę również trzymiesięczny okres z r. 1915 (od 22. VI. do 22. IX.). Wówczas front bojowy znajdował się w niedalekiej odległości na wschód od Lwowa. Ciężko ranni, zaopatrzeni w odpowiednie opatrunki, już w kilkanaście godzin po zranieniu dostawali się do szpitala etapowego, gdzie pozostawali aż do wyleczenia, lub też odzyskania zdolności do transportu. Bardziej powikłane zranienia goiły się dziwnie gładko.

W tym drugim okresie przyjęliśmy 212 rannych. U 6, (t. j. w 2·8% ogólnej liczby przyjętych, względnie 4·1% ranionych w kończyny), zmuszeni byliśmy wykonać resekcyę, amputacyę, lub wyłuszczenie w stawie. Zmarło zaś 13 t. j. 6·2%.

Wiadomo, że transport wpływa niekorzystnie na każde cięższe zranienia, najniekorzystniej jednak na złamania postrzałowe. Najidealniejszy opatrunek ustalający — gipsowy — i najlepszy opatrunek szynowy (n. p. zaimprowizowany z szyn Cramera) nie może unieruchomić kości złamanej, otoczonej zewsząd mięśniami. Mięśnie prawidłowe zawierają tyle wody, że uważane być mogą za ciało półpłynne. Jeszcze więcej zawierają jej mięśnie obrzękłe skutkiem urazu i rozpoczynającego się zakażenia. Mimo ustalenia kończyny odłamki kostne w tej napół płynnej masie przesuwają się obok siebie i niby koła trybowe miażdżą tkankę, która się pomiędzy nie zakleszczy. Zmiażdżona zaś tkanka stanowi doskonałą pożywkę dla nielicznych bakteryi ropnych, znajdujących się w każdej, najczystszej (klini-

---

[2]) Sauerbruch: Kriegschirurgische Erfahrungen. Berlin, Springer, 1916.

cznie) nawet ranie postrzałowej, na której bakterye rozmnażają się, zyskują równocześnie na jadowitości i wraz z którą wtarte zostają w głębsze warstwy tkanek.

Tak pojmując główne przyczyny zakażenia ran postrzałowych, możemy — teoretycznie — mówić nawet o zapobieganiu zakażenia. Gdyby mundury żołnierzy tkane były z włókien elastycznych i wytrzymałych, pocisk raczej rozsuwałby je i rozrywał, a nie wyrywałby całych strzępów. W następstwie mniej dostawałoby się do ran pocisków »wtórorzędnych«, przeprzeładowanych bakteryami.

Gdyby zaś każdy ciężko ranny żołnierz przechodził n. p. w szpitalu polowym pod opiekę służby sanitarnej państw neutralnych (względnie służby lekarskiej międzypaństwowej), nie trzebaby szpitali polowych w potrzebie ewakuować aż do dna, lecz możnaby rannego pozostawić na miejscu, do czasu ziarnienia rany i wtedy dopiero na najkrótszej drodze odstawić go w głąb kraju ojczystego.

Pomijając na razie zmiany anatomiczne, leczymy rany jałowe inaczej, a inaczej zakażone.

Często jałowe rany postrzałowe karabinowe, zwłaszcza gdy niepowikłane, pozostają i nadal »noli me tangere«. Natomiast wszystkie inne postrzały podejrzewać należy o zakażenie i odpowiednio traktować.

Z dawniejszych i nowszych doświadczeń (Friedricha, C. Brunnera [3]) i i.) wynika, iż przez pierwszych 6—8 godzin po wprowadzeniu bakteryi do rany zakażenie jest sprawą miejscową i powierzchowną. Twierdzeniu temu nie sprzeciwiają się spostrzeżenia kliniczne. Objawy ogólne zakażenia występować zwykły dopiero w 12 godzin po zranieniu.

Zatem próby odkażania świeżych ran na drodze chemicznej lub mechanicznej są zupełnie usprawiedliwione.

Zdaje się, że z tamtej strony frontu stosowane bywają w tym celu przeważnie środki chemiczne (nalewka jodowa, płyn Dakina), z tej zaś strony głównie środki mechaniczne. Rany zakażone, zwłaszcza zadane odłamkami granatów, są w pierwszych godzinach jakgdyby omdlałe: martwe, suche, niebroczące. Aby odkazić, trzeba je ożywić, całą powierzchnię odświeżyć ścinając warstwy powierzchowne mało broczące, aż do warstw dobrze ukrwionych. Ci, którzy metodę tę stosowali systematycznie, zapewniają, że jest to najpewniejszy i najlepszy środek zapobiegający zakażeniu odmowemu i tężcowemu.

Rzadko jednak lekarze — nawet w szpitalach polowych — mają sposobność opatrywania rany w pierwszych godzinach po jej powstaniu. W późniejszych okresach zaś, owe energiczne chemiczne i mechaniczne środki odkażające raczej szkodzą. niż pomagają. Żadnym bowiem sposobem nie możemy dosięgnąć tych bakteryi, które tymczasem zdołały już wtargnąć głęboko, w śródtkankowe szczeliny limfatyczne. Każdy zaś z tych środków i sposobów obniża odporność życiową tkanek i pośrednio ułatwia nawet szerzenie się zakażenia. W tym późnym okresie najważniejszem jest usunięcie warunków mechanicznych, ułatwiających dalsze wkraczanie bakteryi w głąb.

Po usunięciu z powierzchni rany wszystkich strzępów obumarłych i ciał obcych, należy ją dokładnie zbadać, aby 1) stwierdzić kierunek kanału postrzałowego, zmieniony skutkiem obrzęku mięśni, często z rany (z wylotu postrzału) w postaci grzyba wypadających, 2) wykryć zaułki i 3) przypadkowe ciała obce. Wobec tych wymagań najlepszym zgłębnikiem jest palec.

Po rozszerzeniu wlotu i wylotu postrzału, odsłonięciu zaułków i usunięciu ciał obcych, do których zaliczamy także zupełnie wolne odłamki kostne, przemywamy ranę jakimkolwiek płynem aseptycznym lub przeciwgnilnym i dokładnie sondujemy drenami gumowymi, przeciągniętymi o ile możności na przestrzał. Pozostałą część jamy wypełniamy luźnie gazą przeciwgnilną. Nie chodzi zaś nam bynajmniej o odkażenie rany we właściwem tego słowa znaczeniu, — uważamy to bowiem, jak to wyżej wytłumaczyliśmy, za rzecz w tym okresie zakażenia niewykonalną, lecz raczej o powstrzymanie rozwoju bakteryi w wydzielinie rany i jej rozkładu.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[3]) Ztbl. f. Chir. 1916, Nr 12.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 14. lutego. 1917.

Przewodniczy kol. prezes prof. Ciechanowski. Obecnych członków 55.

1) Protokół poprzedniego posiedzenia przyjęto.

2) Kol. doc. Radliński przedstawił:

a) Przypadek **autoplastyki,** zapomocą której pokrył **ubytek kości czaszki** kością z sąsiedztwa, a to w ten sposób, że do plastyki użył tylko połowy grubości kości, drugą połowę pozostawiając na miejscu.

b) Przypadek **plastyki ust** z powodu rany postrzałowej twarzy z częściowem zniszczeniem szczęk.

c) Przypadek **gruźlicy nerki** z atypowymi objawami, **wyleczony operacyjnie.**

d) Przypadek **gruźlicy stawu biodrowego,** wyleczony **resekcyą stawu.**

W dyskusyi zabierali głos koledzy a) Braun, b) Laskiewicz, c) Ciechanowski, który zapytywał, czy nie są znane dokładniejsze badania losu części kości, pozostawionej na miejscu przy takiej plastyce, jaką wykonał prelegent, wreszcie d) kol. Radliński, odpowiadając na pytania wszystkich mowców i zaznaczając. że do badań takich, o jakie pytał kol. Ciechanowski, dotąd nie było sposobności.

3) Kol. prof. Krzyształowicz, przedstawił przypadek rzadkiego schorzenia skóry, znamionującego się guzkami drobnymi, płaskimi, gładkimi, przypominającymi liszai czerwony (lichen ruber) obok plam różowych, pokrytych łuseczkami, dającymi się łatwo usunąć i znaczniejszego pofałdowania skóry z wybitnym rysunkiem powierzchni. Ugrupowanie wykwitów jest bardzo nieregularne, mozajkowate, nie ma jednak zlewania się tychże, chociaż w danym przypadku sprawa chorobowa zajmowała prawie całą powierzchnię skóry tułowia i kończyn. Ze względu na wejrzenie nazwano pierwotnie tę chorobę **exanthema lichenoides et psoriasisforme** (Neisser, Jadassohn 1894), później także pityriasis lichenoides chron. ze względu na guzki pokryte drobnemi łuseczkami (Juliusberg 1897). Brocq, który opisał podobny przypadek z początku pod nazwą erythrodermie en plaques disséminées, starał się później (1903) ugrupować wszystkie znane przypadki i nadał im nazwę: **parapsoriasis.** Odtąd opisywano podobne przypadki, do których dołączono i ogłoszone przez Unnę, Santiego i Pollitzera (parakeratosis variegata), pod różnemi nazwami, stwierdzając prawie powszechnie, że etyologia i patogeneza tego schorzenia nie jest znana, że zmiany, nie wywołujące w ustroju zaburzeń ogólnych, opierają się leczeniu. W niektórych przypadkach uzyskano polepszenie lub nawet czasowe ustąpienie zmian pod wpływem wstrzykiwań pilokarpiny, a zewnętrznego stosowania naświetlań promieniami Röntgena i maści pyrogallusowej. W przedstawionym przypadku badanie histologiczne, wywiady i spostrzeżenia kliniczne nie wyjaśniają patogenezy choroby, a leczenie pilokarpiną i pyrogallusem doprowadziło do znacznego polepszenia, ale nie do zupełnego usunięcia wykwitów.

W dyskusyi przemawiali kol. Braun, Ciechanowski i Krzyształowicz.

4) Kol. prof. Latkowski: **O leczeniu spraw zapalnych.**

Prelegent przedstawia najprzód szkic historyczny badań (Rumpf, E. Fränkel, Matthes, Kraus, Bloch, Nicolles, Zupnik, A. Müller, K. Leiner, Galambos) nad działaniem leczniczem różnorodnych szczepionek i surowic w różnych sprawach zakaźnych, które przeczą zapatrywaniu o swoistem działaniu tychże. Następnie opisuje doświadczenia kliniczne, oparte i będące częścią w związku z tamtemi badaniami, w których zajmowano się stosowaniem różnych ciał białkowych w rozmaitych sprawach chorobowych zakaźnych miejscowych i ogólnych z wynikiem do-

datnim (Lücke, Holler, Sacl, Schmidt, Müller, Weiss). Dalej przechodzi do własnych spostrzeżeń klinicznych, wykazujących dodatni wpływ wstrzykiwań proteinów (jak deuteroalbumozy, tuberkuliny, mleka) na przebieg spraw zapalnych na różnem tle, przeważnie zakaźnem, wynik, potwierdzający zapatrywanie o możności nieswoistego leczenia i spraw zakaźnych. Kreśli następnie objawy, jakie występują, a to z pewną jednostajnością po wstrzykiwaniach; omawia wyjaśnienie R. Müllera, który stara się wykazać, że działanie lecznicze proteinów zdaje się polegać na wzmaganiu się przejściowem przekrwienia z następowem przesiąkaniem, wpływającem dodatnio na przebieg sprawy chorobowej. Zarazem stwierdza L., że to przekrwienie połączone z powiększeniem się ogniska zapalnego i spadkiem ciśnienia, nie daje się niejednokrotnie wykazać, skutkiem czego wyjaśnienie R. Müllera mogłoby się odnosić co najwyżej do pewnej liczby przypadków, za czem przemawiają obok spostrzeżeń własnych, spostrzeżenia także innych autorów. Przechodzi wreszcie do omówienia szeregu bardzo ciekawych badań nad różnorodnemi kolloidalnemi ciałami (Bredig, Traube, Paul, Krönig, Hofmeister, Spiro Porges, Höber, Pauli, Neisser, Bechhold, Frickeman, Hirschfeld), wskazujących na wpływ różnych substancyi trujących na stan skupienia kolloidów, na identyczność trucizn bakteryjnych i krwi z truciznami ogólnemi kolloidalnemi, w końcu omawia też badania nad odtruwaniem kolloidów i wyjaśnia to zjawisko w sposób fizyczny. Przytacza szereg doświadczeń wykazujących możność pojmowania fizycznego różnych zjawisk odpornościowych, jak działania toksyn, antytoksyn, zmian funkcyi dopełniaczy pod wpływem różnych czynników, które to pojmowanie nie wyklucza jednak współdziałania zjawisk chemicznej natury (Ascoli, Jacoby, Schultze, Landsteiner, M. A. Meyer, Henry, Cernovodean, Traube, Behring, Raehlmann, Izak Starkenstein). Opierając się na tych badaniach, stara się się L. wyjaśnić działanie lecznicze proteinów, jako wpływ odtruwający w znaczeniu powyższem, fizycznem, polegający na tem, że wstrzyknięte białko zmienia stan skupienia substancyi toksycznych w ten sposób, że aggreguje (strąca) ich cząstki ultramikroskopowo i czyni je w ten sposób nieszkodliwemi dla otoczenia; skutkiem tego następuje desaggregacya cząstek zmienionego przedtem środowiska, na które owe substancye szkodliwie działały i powrót tegoż tem samem do prawidłowego stanu, przyczem procesy chemiczne mogą też zachodzić tutaj, grając jednak rolę czynnika wyzwalającego procesy fizyczne. Nakoniec wykazuje L. zgodność tego wyjaśnienia z faktami klinicznymi, przez siebie spostrzeganymi. (Streszczenie własne).

W dyskusyi przemawia a) kol. Oszacki, wyrażając zdanie, że spostrzeżenia prelegenta i innych badaczy nie wystarczają do tego, aby działanie ciał proteinowych, w szczególności wstrzykiwań mleka, wyjaśniać sprawami fizyczno-mechanicznemi; b) kol. Rosenhauch, który próbując wstrzykiwań mleka w przypadkach okulistycznych, nie stwierdził tak korzystnego wpływu, jak to niektórzy opisują i który zaleca też dlatego ostrożność w ocenie wyników; c) kol. Ciechanowski, który sądzi, że spostrzeżenia, dotychczas zebrane, nie stanowią dostatecznej podstawy do budowy daleko sięgających hipotez i ostrzega przed nadawaniem takim hipotezom zbyt wielkiego znaczenia. d) Kol. Latkowski, odpowiadając na podniesione zarzuty zaznacza, że przedewszystkiem chodziło mu o stronę teoretyczną przedstawionego tu leczenia. A mianowicie, ponieważ wyników leczenia tym samym środkiem przy różnych sprawach zapalnych na tle różnych zakażeń nie da się wytłómaczyć swoistem działaniem danego środka, starał się podać wyjaśnienie fizyczne, oparte na badaniach nad kolloidami, w szczególności nad odtruwaniem tychże, będące w zgodzie z faktami klinicznymi. W odpowiedzi na zarzut, że gorączka może pochodzić od działania wody, po wstrzykiwaniach której też można ją otrzymać, podkreśla, że podniesienia ciepłoty otrzymuje się po wstrzykiwaniu większej ilości wody i to śródżylnie, tu zaś używano 10 cm mleka i stosowano je śródmięśniowo, zatem porównanie odczynu gorączkowego w obu razach nie jest ściśle o tyle, że warunki za każdym razem są odmienne. Nadmienia też, że zależało mu nie na wykazaniu odczynu gorączkowego, który można otrzymać i po wstrzykiwaniu ciał innych, lecz wpływu leczniczego ciał białkowych i wyjaśnieniu jego. Że kol. Oszacki nie widział zmian w ustroju fizycznym ciał danych w odczynie meiostagminowym przy raku, to nie przemawia ani za, ani przeciw podanemu przez L. wyjaśnieniu, dotyczącemu odmiennych procesów, ani też przeczyć nie może faktom, na których się ono opiera, zaobserwowanych przez cały szereg wyżej wymienionych badaczy w dziedzinie zatruwania i odtruwania kolloidów. Co do zarzutu, że to wyjaśnienie jest tylko hypotezą, zaznacza L., że większość zapatrywań biologicznych, zwłaszcza tyczących się medycyny, jest hypotetycznej natury, a między innemi teorya Ehrlicha też jest hypotezą, popartą tylko pewnymi faktami. Co się zaś tyczy jeszcze teoryi Ehrlicha, to wielu badaczy podnosiło już i podnosi przeciw niej różne zarzuty, oparte na faktach, nie dających się z nią pogodzić i stara się ją zastąpić fizycznem wyjaśnieniem odnośnych zjawisk. Metody leczenia wstrzykiwaniem mleka nie poleca L. do praktycznego użytku lekarzy, gdyż potrzeba jeszcze większego materyału doświadczalnego, aby można dla niej prawidła praktyczne ustalić; w każdym razie jest nieszkodliwa. (Streszczenie własne).

Zastępca sekr. Dr Michejda.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 2 marca 1917.

Przewodniczy kol. Kohlberger, protokołuje kol. Bocheński. Obecnych członków 38.

I. Przewodniczący uczcił pamięć zmarłego członka Towarzystwa, kol. Docenta Gabryszewskiego odpowiedniem przemówieniem, którego obecni stojąco wysłuchali.

II. Kol. Demianowski przedstawia wynik swych badań nad **dermografią**, przeprowadzonych na 1165 przypadkach Zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie. Skórę drażnił tępym brzegiem kraniometru, a obraz podrażnionej skóry określa jako dermografię wypukłą, białą, wybitną, wyraźną, zwyczajną, słabą, bardzo słabą i niewidoczną.

Poza nieznacznem obniżeniem pobudliwości w przypadkach otępienia starczego i porażenia postępowego oraz poza również nieznacznem wzmożeniem pobudliwości w hebefrenii i padaczce na ogół nie można było wykazać korelacyi między zachowaniem się dermografii a rozpoznaniem klinicznem. Stąd wniosek: Dermografia przy dzisiejszej swej niejednolitej, nieustalonej i bardzo prymitywnej metodzie badań nie odpowiada wymogom naukowego badania, skutkiem czego wyniki, uzyskiwane przez poszczególnych badaczy, mają tyle różnic indywidualnych, że o porównywaniu ich ze sobą nie może być mowy.

Słabą stroną badań dotychczasowych jest: 1. brak narzędzia, które pozwalałoby w granicach możliwie najściślejszych wywierać zawsze jednakowy nacisk na skórę, 2. trudność w określeniu wyników i powstające stąd wielkie indywidualne różnice.

Próbą, by wynik badania dermografii można było określić liczbą, jest przyrząd, skonstruowany przez prelegenta, a składający się z grabek o rozmaitej długości zębów, naciskanych odpowiednim ciężarkiem na powierzchnię skóry. Przy posunięciu zęby zakreślają szereg linii, których ilość zależna jest od pobudliwości badanego. Badania przy użyciu tego przyrządu, jakkolwiek dotąd jeszcze nie ukończone, pozwalają na wniosek, że t. zw. biała dermografia, uważana za bardzo rzadką, zależy tylko od rodzaju zakończenia przyrządu. Zaostrzone zęby grabek pobudzają nerwy zwężające naczynia, tępe zaś zęby pobudzają nerwy rozszerzające naczynia.

III. Kol. Andruszewski przedstawia przypadek **dermatozy** zajmujący ze względu na trudności rozpoznawcze. H. M. lat 25. Chorób żadnych, a zwłaszcza wenerycznych nigdy nie przebywała. Przed 7 tygodniami urodziła pierwsze dziecko, zdrowe, donoszone, które karmi sama. Przed 9 dniami wystąpiła wśród objawów ogólnego niedomagania i lekkiej gorączki na całem ciele osutka, utrzymująca się do dnia dzisiejszego, połączona z dość znacznym świądem. Osutka ta na pierwszy rzut oka sprawia wrażenie łuszczycy (psoriasis vulgaris). Bliższe jednak uwzględnienie szczegółów nasuwa pewne wątpliwości rozpoznawcze. Przedmiotowe badanie wykazuje: Na skórze całego ciała, a więc głowy owłosionej, twarzy, szyi, tułowia i kończyn, tak strony grzbietowej, jak i na stronie zginaczy, osutka gęsta, złożona z guzków od wielkości główki szpilki do wielkości soczewicy, znacznie nacieklych i zbitych, barwy miedzianej (barwy szynki). Barwa ta i naciek poszczególnych wykwitów występują zwłaszcza bardzo wybitnie na tułowiu pod obu sutkami. Na skórze głowy, twarzy i szyi guzki te są mniej nacieklé i barwy mniej wybitnie brunatnej. Na szyi po stronie lewej wykwit podłużny w kształcie smugi, nienaciekły, długości około 4 cm. po zadrapaniu, pokryty cienką łuseczką białawego naskórka. Błona śluzowa jamy ust, części rodnych i w okolicy otworu stolcowego bez zmian chorobowych. Gruczoły chłonne karkowe i łokciowe niemacalne, natomiast w pachwinie, a zwłaszcza lewej, wyczuwa się gruczoł wielkości orzecha laskowego, dość twardy i zbity. Bardzo nieliczne guzki wykazują

w środku drobniuchne, dość ściśle do podstawy przylegające łuseczki.

Brak zmian na błonach śluzowych, brak zmian charakterystycznych w układzie gruczołowym i okoliczność, że wywiady stwierdzają odbyty przed 7 tygodniami poród dziecka donoszonego, żywego i dotąd rzekomo zupełnie zdrowego, skłaniają do rozpoznania łuszczycy, charakter jednak wykwitów skórnych, a mianowicie zupełnie wyraźne, twarde, wyniosłe i naciekłe guzki o barwie miedzianej, cechującej kiłę, zmuszają do ostrożności w rozpoznaniu i przemawiają za kiłą. Także raczej za kiłą przemawia ostre wystąpienie osutki u osoby, przedtem zupełnie zdrowej, jakoteż tylko bardzo nieznaczna ilość łuseczek, pokrywających nieliczne tylko guzki w ich środku, podobnie, jak to bywa w okresie poczynającej się inwolucyi guzkowej osutki kiłowej, gdy przeciwnie w przebiegu łuszczycy tworzenie się zupełnie wyraźnych łusek, pokrywających prawie całe wykwity, jest zazwyczaj tak szybkie, iż do dni 9, jak w danym przypadku, łuseczki pokrywać już powinny przeważną ilość wykwitów. Do wytworzenia się łusek na plamistych wykwitach łuszczycy wystarcza już 24 godzin, najwyżej 3—4 dni, co niegdyś dało nawet podstawę do wątpliwości, czy pierwotną jest zmiana zapalna, czy zrogowacenie naskórka i wytworzenie się łuseczki. Brak zmian na błonach śluzowych sam przez się kiły nie wyklucza, gdyż znane są formy suche osutki kiłowej, w których zmiany usadowione są tylko na skórze. Niewykonane jeszcze dotąd badania pomocnicze, jak próba Wassermanna i odczyn Ehrmanna, rzucą pewne światło na istniejące wątpliwości w rozróżnieniu między kiłą a łuszczycą, a rozstrzygnie je dalsza obserwacya.

Dyskusya: 1) Kol. Lenartowicz widział przypadek, przedstawiony przez kol. Andruszewskiego i jakkolwiek na pierwszy rzut oka skłonny był rozpoznać łuszczycę, przyznać musi, że charakter i barwa wykwitów na dolnej części tułowia i na kończynach dolnych bynajmniej typowi wykwitów łuszczycowych nie odpowiadają. To sprawia pewne trudności rozpoznawcze i każe myśleć o zmianach kiłowych. Są i dadzą się wykazać pewne objawy, przemawiające raczej za łuszczycą, a to: srebrzysta barwa łusek, zwłaszcza na karku, i smugowate rozmieszczenie wykwitów wzdłuż urazu, powstałego skutkiem rozdrapania, co widać głównie na szyi. Rozmieszczenie wykwitów nie jest w tym przypadku takie, jak zwykle się widzi w łuszczycy, barwa nie wszędzie typowa, — nic więc dziwnego, że i kiłę należy tu brać w rachubę. Przechylićby się należało jednak w rozpoznaniu raczej ku łuszczycy, niż ku kile. Gdyby nawet odczyn Wassermanna wypadł dodatnio, nie obalałoby to rozpoznania łuszczycy, należałoby raczej myśleć o kile u osobnika, dotkniętego łuszczycą, co przecież nierzadko się zdarza.

2) Kol. Hornowski, odwołując się na swe badania co do odczynu Ehrmanna u sympatykotoników i wagotoników, zaznacza, że odczynu tego nie można uważać za swoisty dla łuszczycy, która jako choroba wyłącznie skórna występuje, jak wiadomo, u osób zresztą zupełnie zdrowych.

3) Kol. Orzechowski podnosi, że odczyn Ehrmanna może być ważny dla dermatologów i że sam spostrzegał przypadki łuszczycy u osobników neuropatycznych.

4) Kol. Feuerstein zauważa, że oprócz kiły i łuszczycy w przypadku przedstawionym przez kol. Andruszewskiego, myśleć można o »parapsoriasis« (pityriasis lichenoides chron.).

5) Kol. Hołobut, który rano dnia dzisiejszego w chwili zgłoszenia się chorej do ambulatoryum klinicznego wziął krew jej do badania, podaje wynik badania, a mianowicie, że próba Wassermanna daje wynik ujemny.

6) Kol. Lenartowicz sądzi, że uwaga kol. Feuersteina, iż chodzić może w przedstawionym przypadku o »parapsoriasis«, jest trafna, z powodu jednak rzadkości tej właśnie jednostki chorobowej dyskusya mogłaby być jedynie teoretyczna. Sam mowca bowiem widział dotąd jeden tylko przypadek tej rzadkiej choroby i rozpoznał ją wówczas fałszywie jako kiłę, ale obraz chorobowy był bezwzględnie więcej do kiły zbliżony, aniżeli w przypadku obecnie przedstawionym. W owym przypadku nie było nacieków, nie było łusek tak grubych. Odczyn Wassermanna wyjaśni z pewnością wątpliwości w kierunku kiły, wahania zaś co do łuszczycy i parapsoriasis rozstrzygnie jedynie dalsza obserwacya przebiegu chorobowego.

7) Kol. Feuerstein nie uważa ujemnego wyniku próby Wassermanna za rozstrzygający w danym przypadku, gdyż mimo to może to być wysypka kiłowa.

8) Kol. Andruszewski w odpowiedzi kol. Hornowskiemu zauważa, że odczyn Ehrmanna uważają dermatolodzy za charakterystyczny dla łuszczycy, jako choroby dziedzicznej, ustrojowej, bez znanej dotąd przyczyny, której wyrazem jest osutka. Dlatego też badania kol. Hornowskiego wówczas mogłyby być rozstrzygające, gdyby przy nich uwzględniał był istnienie względnie brak łuszczycy. Co do zapatrywań kol. Lenartowicza względnie kol. Feuersteina przyznaje, że i jemu nasuwała się myśl, czy w danym przypadku nie jest to »pityriasis lichenoides chronica«. Z własnego doświadczenia widział tylko jeden przypadek tego cierpienia. Był to ten sam przypadek, o którym wspomniał już kol. Lenartowicz. Atoli w przypadku tym osutka była wybitnie plamista, a nie guzkowa, choć barwą bardzo do osutki kiłowej podobna. Co do odczynu Wassermanna nie uważa go mowca za bezwzględnie rozstrzygający na jedną lub drugą stronę, zaznacza natomiast powtórnie, że o rozpoznaniu rozstrzygnie dalsza obserwacya.

IV. Kol. Lenartowicz przedstawia przypadek **owrzodzeń części sromnych** zewnętrznych, dotyczący 5-letniej dziewczynki, którą tego samego dnia w południe przyjęto na oddział. Z góry zaznacza, że w przypadku tym nie ustalił jeszcze rozpoznania, owrzodzenia bowiem nie dadzą się zaliczyć do typu żadnych znanych powszechnie, mniej lub więcej rzadkich rodzajów owrzodzeń sromu niewieściego. Nie można tu myśleć ani o owrzodzeniach kiłowych, ani o wrzodach miękkich, ani o zmianach sromu pleśniawkowych (vulvitis aphtosa), gruźliczych, cukrzyczych, durowych, t. zw. zgorzeli szpitalnej (gangraena nosocomialis). Kuszące wydaje się przypuszczenie ostrego wrzodu (ulcus vulvae acutum) Lipschütza. Przypuszczenie to jednak nie znajduje potwierdzenia w przeprowadzanych badaniach mikroskopowych, co więcej, badania te w danym przypadku nie wyjaśniają właściwie niczego, skłaniają raczej do przypuszczenia, że na sromie dzieci i dziewic spotykamy czasem owrzodzenia, których rodzaj do żadnych ze znanych dotąd jednostek chorobowych zaliczyć się nie daje, a określenia takie jak: »ulcera pseudovenerea«, »ulcera pseudotuberculosa«, a może i »ulcus vulvae acutum«, są, zdaje się, określeniami niepewnemi i niezbyt ścisłemi. Od czasu, kiedy prelegent w maju 1916 r. spostrzegał i opisał typowy przypadek wrzodu ostrego (Przegląd lekarski Nr. 4. 1917) śledzi za takimi i tym podobnymi przypadkami i przyznać musi, że od owego czasu widzi już trzeci przypadek owrzodzeń sromu u dzieci, owrzodzeń, które przebiegiem klinicznym w niczem nie różnią się od wrzodu ostrego, a przecież do tej jednostki chorobowej zaliczone być nie mogą, bo w żadnym z nich nie można było wykazać mikroskopowo prątków, uważanych przez Lipschütza za swoiste dla tej jednostki chorobowej. Dwie są zatem możliwości: albo prątki, opisane przez Lipschütza, wywołują istotnie chorobę, przez niego jako wrzód ostry (ulcus vulvae acutum) opisaną i jednostkę tę, jako osobną jednostkę chorobową, określaną ściśle klinicznie, uznać należy, albo w przypadkach, klinicznie ściśle co do przebiegu odpowiadających przebiegowi wrzodu ostrego, prątków tych znaleść nie można i przez to swoistości ich przeczyć należy, szukając innej tych owrzodzeń przyczyny. Które z tych przypuszczeń jest słuszne, pokażą dalsze badania. Przypadek obecnie przedstawiany, jakoteż dwa inne, spostrzegane na oddziale, klinicznie identyczne, bakteryologicznie różne, nakazują wielką ostrożność w osądzaniu charakteru owrzodzeń sromu o niejasnej etyologii.

W dyskusyi kol. Feuerstein uważa rodzaj owrzodzenia za tak charakterystyczny, że nie może uważać go za nic innego, jak tylko za wrzód ostry (ulcus vulvae acutum) »bez prątków Lipschütza«.

V. Kol. Daum przedstawia przypadek **donoszonej ciąży jajowodowej,** prawostronnej. Ciąża rozwijała się w jajowodzie prawym, rozszerzając jajowód częścią ku górze, częścią zaś pomiędzy blaszki więzadła szerokiego. Z powodu zmian w przydatkach strony lewej i małych włókniaków macicy wykonano obustronne wycięcie przydatków i nadpochwowe odcięcie macicy. Przypadek ogłoszony będzie obszernie w »Zentralbl. f. Gynaek«.

W dyskusyi przemawiali koledzy Bocheński, Czyżewicz, Mars i prelegent.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 13. VI. 1917 posiedzenie, na którem, na wniosek kol. Janiszewskiego, uchwalono wysłać do Koła Polskiego memoryał z żądaniem,

aby na czele mającego się utworzyć ministerstwa zdrowia publicznego stanął lekarz, poczem kol. Borowiecki przedstawił chorego z kliniki neurologicznej. W końcu prof. Wachholz wygłosił odczyt pod tutułem: »Z sądowo-lekarskich zagadnień seksualnych«.

Następne posiedzenie odbędzie się we środę 20. VI. b. r.

Lwów. Izba lekarska wschodnio-galicyjska ogłasza: »W celu skutecznego poparcia akcyi podjętej dla subskrypcyi VI pożyczki wojennej, Wydział Izby lekarskiej wskutek zaproszenia otrzymanego ze strony komisarza m. Lwowa, uchwalił na posiedzeniu w d. 6. czerwca odbytem, zwrócić się do lekarzy z prośbą, aby zechcieli wziąć udział w podpisywaniu tej pożyczki. W wykonaniu tej uchwały upraszamy o poparcie podjętych w tym kierunku usiłowań i wyrażamy nadzieję, że lekarze w miarę możności zechcą się przyczynić do spełnienia obywatelskiej powinności. We Lwowie, dnia 8. czerwca 1917. Prezydent Izby: Dr Papée«.

Z różnych stron. Izba lekarska wiedeńska przesyła nam z prośbą o ogłoszenie następującą odezwę: »Wielkie trudności, w jakich znaleźli się wskutek wojny obywatele państw centralnych, a jakie według mniemania nieprzyjaciół mają trwać jeszcze i po wojnie przez odcięcie państw centralnych od życia gospodarczego, społecznego i umysłowego, nasunęły myśl, aby ścisłe związki, powstałe przez wojenne braterstwo broni, utrzymać nadal i po zawarciu pokoju. Wykonując tę myśl, poczęto zawiązywać naprzód w Niemczech, potem i w innych państwach centralnych stowarzyszenia (pod nazwą »Waffenbrüderliche Vereinigungen«), które nie zajmując się polityką, zmierzają do zjednoczenia życia materyalnego i duchowego narodów, zamieszkujących Europę środkową. Te stowarzyszenia poczęły następnie tworzyć związki zawodowo-naukowe. I tak lekarze niemieccy założyli 20. stycznia 1917 oddział lekarski niemieckiego »Waffenbrüderliche Vereinigung« i opracowali punkta wytyczne stosunku lekarzy niemieckich do lekarzy w innych państwach Europy środkowej. Grono lekarzy austryackich postanowiło niedawno utworzyć podobny oddział lekarski austryackiej »Waffenbrüderliche Vereinigung« i zaprasza wszystkich lekarzy w Austryi do przystąpienia do tego oddziału. Bez różnicy narodowości, wyznania i poglądów społecznych mają członkowie tego zrzeszenia w ścisłej współpracy z podobnemi zrzeszeniami w innych państwach nietylko pielęgnować naukę i sztukę lekarską, lecz także wzajemnie sobie pomagając starać się o podniesienie społecznego stanowiska lekarzy. Programu tego zrzeszenia lekarskiego nie stanowi ideologia, lecz praktyczne sprawy stanu lekarskiego. Lekarze Europy środkowej będą musieli po wojnie nietylko pod względem materyalnym, ale i pod względem duchowym sami sobie wystarczać, wytworzyć autarkię. Chociaż jesteśmy najsilniej przekonani, że nauka i sztuka lekarska są międzynarodowe, jednakże musimy się na to przygotować, że przynajmniej w pierwszych latach po zawarciu pokoju będziemy pozostawieni własnym siłom, dopóki rozum i dobra wola naszych obecnych przeciwników nie doprowadzi do wznowienia międzynarodowych stosunków lekarskich. Jakkolwiekby jednak kształtowała się przyszłość, to jednak świat lekarski państw centralnych potrafi, jak w czasie wojny, tak i po zawarciu pokoju okazać, że pozostawiony własnym siłom nietylko skarbiec nauki i sztuki lekarskiej przechować, ale i pomnożyć go umie. Oprócz popierania osobistych stosunków między lekarzami sprzymierzonych narodów, wymiany publikacyi naukowych i wzajemnego popierania dążeń naukowych i społecznych zmierzać będzie zrzeszenie lekarzy do daleko idącego ujednostajnienia studyum lekarskiego w Europie środkowej, a przez to do jaknajwiększej swobody w przenoszeniu się studentów z jednego na drugi uniwersytet. Z tem złączy się ujednostajnienie uzupełniających studyów lekarskich. Przedmiotem obrad zrzeszeń lekarskich będzie również ujednostajnienie ustawodawstwa sanitarnego i zwalczania epidemii. Zrzeszenia lekarskie różnych krajów złączą swe siły dla obrony i poprawy stanowiska i warunków bytu lekarzy. Jednem słowem otwiera się działalności i skutecznej wzajemnej pomocy. Ze względu na wysokie cele naukowe i gospodarcze, które sobie wytknęły te zrzeszenia lekarskie, uważamy za obowiązek lekarzy przystępowanie do grupy lekarskiej austryackiego »Waffenbrüderliche Vereinigung«. Podpisani wnioskodawcy proszą przeto wszystkich lekarzy w Austryi, aby zgłaszali swe przystąpienie (wkładka roczna 8 kor.), jak najrychlej pod adresem prof. v. Hoheneggа, Wiedeń IX, Ferstelgasse 1, i przybyli na zgromadzenie konstytuujące, które się wkrótce odbędzie, a którego termin i miejsce będzie ogłoszone w pismach lekarskich i codziennych«. Odezwę podpisało kilkunastu najwybitniejszych profesorów Wydziału lekarskiego wiedeńskiego, prezydenci 7 Izb lekarskich i prezesowie zawodowych organizacyi lekarskich. Z Polaków podpisał odezwę Dr Jan Papée, prezydent Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej.

Zmarli: Dr Rajmund Keller w Brzeszczach w 52 r. ż.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę **d. 20. czerwca** 1917 o godzinie 6 wieczór w **Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4).** Na porządku dziennym: 1) Odczyt Dr Dadeja: Spostrzeżenia nad tyfusem plamistym ze stanowiska klinicznego i bakteryologicznego (wartość odczynu Weila). 2) Odczyt Dr Waltera: Reinfectio syphilitica.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.